



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

MUISTISAIRAAN IHMISEN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Essi Terho

Opinnäytetyö
Joulukuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ESSI TERHO:

Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen kotihoidossa hoitajien näkökulmasta

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä yksi sivu.
Joulukuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa sekä selvittää hoitajien valmiuksia kohdata muistisairas kotihoidon asiakkaana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien valmiuksia kohdata kotihoidon muistisairaita asiakkaita. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella menetelmällä haastattelemalla neljää (n=4) kotihoidon hoitajaa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan muistisairaahan kohtaaminen kotihoidossa koostuu kunnioittamisesta, luottamuksen rakentamisesta, aidosta läsnäolosta ja intuitiivisesta toiminnasta sekä hoidon tavoitteellisuudesta. Kohtaamisen haasteiksi nousivat vuorovaikutusongelmat, asiakkaan käytösoireet, arjen sujuminen kotikäyntien ulkopuolella, organisatoriset tekijät ja hoitajan jaksaminen. Kohtaamisen keinoina haasteellisissa tilanteissa hoitajat käyttivät luovia menetelmiä, validaatiota, tiimityötä, turvallisuuden tunteen luomista, realiteettiterapiaa ja fyysistä pakottamista.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kotihoidon hoitajat kohtaavat muistisairaahan asiakkaat ensisijaisesti ihmisinä huomioiden muistisairaahan aiheuttamat erityispiirteet kohtaamiseen. Hoitajan kiire ja osaamattomuus johtavat helposti epätarkoituksenmukaisiin kohtaamiskeinoin haasteellisissa tilanteissa. Kokonaisvaltaisen arvioinnin kehittäminen kotihoidossa saattaisi vähentää fyysisten pakotteiden käyttämistä ja hoitajien kokemaa eettistä kuormaa itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Hoitajat uskoivat hyötyvänsä esimerkiksi lisäkoulutuksesta ja työnohjauksesta, vaikka kokivat valmiutensa kohdata muistisairas jo entuudestaan hyväksi.

Asiasanat: muistisairaus, kohtaaminen, kotihoito, gerontologinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

ESSI TERHO:

Encountering People with Dementia in Home Care from Nurses' Point of View

Bachelor's thesis 40 pages, appendices one page.
December 2015

The purpose of this study was to examine nurses' experiences in encountering people with dementia in a home care. Further aim was to yield more information towards developing nurses' skills in encountering clients with dementia.

This thesis was conducted using a qualitative method. The data was collected with semi-structured interviews, which were conducted with four (n=4) nurses in a home care unit. The data was analysed using qualitative content analysis.

The results showed that respecting the client, being genuinely present and building the client's confidence as well as taking goal-directed and intuitive action were essential in encountering people with dementia. However, challenges such as communication problems, clients' behavioural symptoms, organizational factors and nurses' well-being at work also occurred during the encounters. According to results the respondents used creative methods, validation techniques, reality therapy and physical restriction when faced with challenging behaviour by a client suffering from a memory disorder.

The results indicate that people with dementia should be encountered like any other people. Nurses' hastiness and ineptitude could lead to unsuccessful encounters. Home care nurses could use more education and professional guidance despite having good initial preparedness to encountering people who have dementia.

Key words: memory disorder, encounter, home care, gerontological nursing

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 6 |
| 3 | MUISTISAIRAS IHMINEN KOTIHOIDON ASIAKKAANA..... | 7 |
| 4 | MUISTISAIRAAN IHMISEN KOHTAAMINEN | 10 |
| 4.1 | Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen hoitotyössä | 10 |
| 4.2 | Muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen | 14 |
| 5 | KVALITATIIVINEN OPINNÄYTETYÖ..... | 16 |
| 5.1 | Kvalitatiivinen lähestymistapa..... | 16 |
| 5.2 | Aineiston keruumenetelmä | 16 |
| 5.3 | Aineistolähtöinen sisällönanalyysi | 17 |
| 6 | TULOKSET | 19 |
| 6.1 | Muistisairaahan kohtaaminen kotihoidossa..... | 20 |
| 6.1.1 | Kunnioittaminen..... | 20 |
| 6.1.2 | Luottamuksen rakentaminen | 21 |
| 6.1.3 | Aito läsnäolo ja intuitiivinen toiminta | 22 |
| 6.1.4 | Tavoitteellisuus | 22 |
| 6.2 | Kohtaamisen haasteet kotihoidossa | 23 |
| 6.2.1 | Vuorovaikutus | 23 |
| 6.2.2 | Asiakkaan käytösoireet | 23 |
| 6.2.3 | Asiakkaan arjen sujuminen | 24 |
| 6.2.4 | Organisatoriset tekijät | 25 |
| 6.2.5 | Hoitajan jaksaminen..... | 25 |
| 6.3 | Hoitajien käyttämät keinot haasteellisissa kohtaamistilanteissa..... | 26 |
| 7 | POHDINTA..... | 29 |
| 7.1 | Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelua | 29 |
| 7.2 | Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia..... | 30 |
| 7.3 | Tulosten tarkastelua | 32 |
| 7.4 | Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset | 34 |
| | LÄHTEET..... | 35 |
| | LIITTEET | 40 |

1 JOHDANTO

Maailman väestön ikääntyessä muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa. Maailmassa on noin 36 miljoonaa muistisairasta ja vuosittain ilmenee noin 7,7 miljoonaa uutta tapausta. (WHO 2012, 4.) Suomessa muistisairaita ihmisiä on noin 120 000 ja uusia sairastuu 13 000 vuosittain. Muistisairaudet ovat yleistynä kansantauti (Viramo & Sulkava 2010, 28). Tähän kansanterveydelliseen ja -taloudelliseen haasteeseen on varauduttu laatimalla kansallisia muistiohjelmia. Suomen muistiohjelman tavoitteisiin sisältyy hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ja heidän läheisilleen. Muistisairauksien varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua, jolloin kotona asuminen pitempään on mahdollista. Tavoitteiden toteuttamiseen tarvitaan asiantuntevaa henkilöstöä, jotka osaavat kohdata muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa kaikissa eri palveluissa arvostaen, ja elämänlaatua tukien. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7–8, 16.)

Tulevaisuudessa yhä useampi muistisairas hoidetaan kotihoidossa taloudellisista syistä ja muistisairaiden omasta toiveesta. Tilanne luo uusia haasteita kotihoidolle ja sen henkilökunnalle. (Toljamo & Koponen 2011, 18; Niemelä & Iso-Aho 2009, 165.) Kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta muistisairaahan ihmisen kohtaamista on tutkittu vähän. Kotihoidon laatua koskevissa selvityksissä on huomattu kehittämishaasteiden liittyvän muistisairaahan ihmisen kohteluun ja voimavarojen tukemiseen (Vaarama ym. 2006, 85–87; Vaarama & Ylönen 2006, 59–61). Kohtaamisen taito on hoitajan tärkeimpiä osaamisvaatimuksia (Mäkisalo-Ropponen 2012, 7), ja toisaalta jokainen kohtaaminen kehittää hoitajaa osaavammaksi (Laine & Heimonen 2013, 20). Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen on parhaimmillaan aitoa läsnäoloa ja ajan antamista. Onnistuneet kohtaamiset lisäävät muistisairaiden ja hoitajien hyvinvointia (Eloniemi-Sulkava 2013; Eloranta 2013; Martela 2012, 157, 194–196). Haasteena onnistuneelle kohtaamiselle pidetään erityisesti muistisairaahan ihmisen haasteellista käyttäytymistä (Kovach ym. 2006a, 18; Isola ym. 2005, 152; Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 53).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa sekä selvittää hoitajien valmiuksia kohdata muistisairas asiakas. Opinnäytetyöstäni saadun tiedon avulla voidaan kehittää hoitajien valmiuksia kohdata kotihoidon muistisairaita asiakkaita.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa sekä selvittää hoitajien valmiuksia kohdata muistisairas kotihoidon asiakkaana.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisena hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen kohtaamisen kotihoidossa?
2. Mitä haasteita muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa on hoitajien kokemana?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitajien valmiuksia kohdata kotihoidon muistisairaita asiakkaita.

3 MUISTISAIRAS IHMINEN KOTIHOIDON ASIAKKAANA

Joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on muistioireita, mutta vain osalla heistä on etenevä muistisairaus (Käypä hoito 2010). Normaaliin ikääntymiseen kuuluu hitaasti etenevää heikentymistä vaativassa kognitiivisessa suoriutumisessa, mutta arkielämää haittaavat oireet viittaavat muistisairauteen. Etenevien muistisairauksien ensioireita voivat olla muistihäiriöt, kielelliset vaikeudet, toiminnanohjauksen ongelmat tai persoonallisuuden muutos. (Soininen & Hänninen 2010, 76–78.) Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastaa noin 5-9 % kaikista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä. Valtaosa muistisairaista on iäkkäitä, mutta myös työikäisiä sairastuu eteneviin muistisairauksiin. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale-tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsaohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. (Käypä hoito 2010; Viramo & Sulkava 2010, 28.)

Etenevien muistisairauksien oirekuvat ovat erilaisia. Alzheimerin tauti jaetaan kolmeen vaiheeseen. Lievässä vaiheessa keskittymis-, oppimis- ja aloitekyky heikkenevät sekä muistaminen vaikeutuu. Keskivaikeassa vaiheessa lähimuisti on heikko, puheentuottaminen ja -ymmärtäminen sekä hahmottaminen vaikeutuvat. Arjen toiminnot hankaloituvat ja sairudentunto on heikentynyt. Vaikeassa vaiheessa toimintakyky heikkenee ja tarvitaan apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Usein esiintyy myös apatiaa ja käytösoireita. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen on aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen. Muistiongelmien oireet ovat usein lievempiä, mutta toiminnanohjauksessa esiintyy ongelmia sekä kielelliset häiriöt ja kävelyvaikeudet ovat yleisiä. Lewyn kappale -tautiin liittyy toiminnanohjauksen häiriöitä, vireystilan muutoksia, näköharhoja sekä parkinson-tyyppisiä oireita. Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy kolme tyypillistä oirekuvaa, joita ovat frontotemporaalisen dementiaan persoonallisuuden muutokset sekä etenevän sujumattoman afasian ja semanttisen dementiaan kielelliset vaikeudet. (Käypä hoito 2010; Soininen & Hänninen 2010, 81–83, 126–127.)

Suomen 120 000 muistisairaasta ihmisestä kaikkiaan noin 70 000 asuu kotonaan ja yli puolet heistä yksin (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 18). Vuonna 2009 Suomessa oli sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoidossa noin 36 000 muistisairautta sairastavaa asiakasta, joista säännöllistä kotihoitoa sai noin 8000 muistisairasta. (Vuorio & Väyrynen 2011, 2.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) linjaa kunnan järjestämään palveluja, jotka tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Eri-tyistä huomiota on kiinnitettävä kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. Suomen ikäpolitiikan tavoitteena on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään taloudellisista ja inhimillisistä syistä (Toljamo & Koponen 2011, 18). Useissa suomalaisissa tutkimuksissa on todettu ikääntyneen haluavan asua omassa kodissaan. Ikääntyneistä valtaosa pitää kotia parhaana asuinpaikkana. (Vaarama ym. 2010, 153, 163.) Koti merkitsee ikääntyneille arvokasta elämää, itsenäisyyttä, itsemääräämisoikeutta, vapautta ja tasavertaisuutta avunantajien kanssa sekä antaa heille turvaa ja lämpöä. (Koskinen 2004, 72; Parviainen 2011, 35). Kotihoidon työntekijät kertovat asiakkaidensa toiveista elää kotona ja kuolla kotiin (Parviainen 2011, 35.). Toisaalta kiinnostus muuttaa palvelutaloon vaihtelee merkittävästi ja hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää tarjota myös vaihtoehtoja kotona asumiselle (Pursiainen & Seppälä 2010,16).

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaista kotipalvelua ja terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella järjestettyä kotisairaanhoidoa. Kotihoidon palvelukokonaisuus muodostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja kotihoidon tukipalveluista. Kotihoitoa myönnetään asiakkaalle, joka ei selviydy itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Kotiin voidaan tarjota myös sairaanhoitoa, mikäli asiakkaalla ei ole mahdollista käyttää kodin ulkopuolisia terveyspalveluita. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kotihoidon tavoitteet, sisältö ja keinot ovat kirjattu. Kotihoidon tavoitteena on antaa hyvää, turvallista ja asiakaslähtöistä hoivaa, hoitoa ja huolenpitoa. Kokonaisvaltaiseen hoivaan kuuluvat perushoidon lisäksi myös psykososiaalinen tuki ja ohjaus. (JIK ky 2011, 4-5.)

Kotihoidon laatua tutkittaessa ovat iäkkäät kokeneet kotihoidon laadun pääsääntöisesti hyvänä. Asiakkaiden mielestä kotihoidon työntekijät ovat ystävällisiä, luotettavia ja omaavat hyvät vuorovaikutustaidot, mutta kohtelua ei aina pidetty arvostavana. Kehittämishaasteiksi tutkimuksissa on nostettu muun muassa työntekijöiden ammattitaidon parantaminen, psykososiaalinen tuen ja tiedonkulun kehittäminen, iäkkään voimavarojen tukeminen sekä asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuuden vahvistaminen (Eloranta 2009, 59–60). (Vaarama ym. 2006, 85–87; Vaarama & Ylönen 2006, 59–61.) Suomen lähi- ja perushoitajaliiton teettämän selvityksen mukaan kotihoidon työntekijät ovat huolissaan hoidon laadusta, asiakkaiden kotona pärjäämisestä ja turvallisuudesta. Selvityksen

mukaan henkilökuntaa on liian vähän, jolloin asiakas ei saa tarvitsemaansa palvelua. Suurin osa kotihoidon hoitajista koki työnsä mielekkääksi, mutta pitivät työtä kuormittavana ja harkitsivat alan vaihtoa. (SuPer 2015, 25–26.)

Iäkkäiden elämänlaatua tutkittaessa ilmeni, että puolet kotihoidon saajista (48 %) kokee saamansa avun riittämättömäksi. Iäkkäille on tärkeää ympäristön antama tuki kuten iäkään ihmisen auttaminen, palvelujen saatavuus ja riittävyys sekä ympäristön antama psykososiaalinen tuki. Kotihoidon voi olla vaikeaa vastata asiakkaiden odotuksiin, jos resurssit eivät riitä kuin nopeaan kotikäyntiin asiakkaan toivoessa sosiaalista kanssakäymistä. Ratkaisuksi tarjotaan elämänlaatua tukevaa hoidon ja palvelun toimintamallia. (Vaarama ym. 2010, 163–164.) Elämänlaatua tukeva kotihoito on herkkä asiakkaan tarpeille ja toiveille. Asiakkaan kunnioittaminen näkyy arjessa kiireettömänä toimintana ja psykososiaalisen tuen antamisena. (Vaarama 2013.) Hyvän kotihoidon mallin mukaan iäkästä tulee kohdella fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Häntä on tuettava selviytymään kotona ylläpitämällä elämänlaatua ja vahvistamalla jäljellä olevia voimavaroja. (Tepponen 2013.)

Poliittinen linjaus ja ikääntyneiden oma toive kotona asumisesta mahdollisimman pitkään vaativat kuntia uudistamaan ja kehittämään kotihoitoa, jotta voidaan turvata arvokas vanhuus kotona. Kehittämishaasteisiin on pyritty kunnissa vastaamaan erilaisilla hankkeilla, joissa yhtenä keskeisenä teemana on ollut kotihoidon henkilökunnan geriatrisen osaamisen lisääminen. Esimerkiksi Porvoon vanhuspalveluissa saatiin merkittäviä säästöjä ja vaikutettiin kotihoidon laatuun lisäämällä kotihoidon henkilökunnan geriatriasta osaamista sekä lääkäreiden tavoitettavuutta (Finne-Soveri ym. 2014).

Muistisairaana turvallisen kotona asumisen edellytys on työntekijöiden ammatillinen tietotaito tunnistaa kotona asumista uhkaavat tilanteet ja tarttua niihin nopeasti (Toljamo & Koponen 2011, 30). Muistisairaudet vaikuttavat sairastuneen kykyyn ymmärtää, ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan sekä ottaa vastaan tietoa, mikä luo muistisairaana kohtaamiseen haasteellisuutta. Hoitajat tarvitsevat riittävästi tietotaitoa kohdatakseen muistisairaita asiakaslähtöisellä ja ymmärrettävällä tavalla. Muistisairaiden hoitoon liittyy lisäksi monia haastavia eettisiä kysymyksiä kuten itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen, jotka vaativat erityisosaamista hoitavalta henkilökunnalta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010.)

4 MUISTISAIRAAN IHMISEN KOHTAAMINEN

4.1 Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen hoitotyössä

Kohtaaminen on käymistä kohti toista ihmistä, jonka kulmakivenä on inhimillisen elämän, ihmisyyden, kokemusten ja tunteiden arvostaminen. Hoitajan kätkeytyessä ammatillisuutensa taakse aitoa kohtaamista ei voi tapahtua. Aito kohtaaminen tapahtuu vain ihmisyyden välityksellä, ja se edellyttää osapuolten välistä jakamista ja vastaanottamista. (Mattila 2007, 12–23.) Filosofi Buberin (1993) mukaan kohtaamisessa on merkityksellistä, miten ihminen sanoo ”minä” ja ”sinä”. Minän voi sanoa eri tavoin toiselle ihmiselle kuten itsekeskeisesti, kylmästi, torjuen tai läsnäolevasti, rohkaisten ja inhimilliseen yhteyteen kutsuen. Kohtaaminen ”minä – se” -suhteessa on pinnallista, ulkopuolista ja toista ihmistä esineellistävää. Tasa-arvoinen yhteys ja läsnäolo on mahdollista saavuttaa vain ”minä – sinä” -suhteessa. (Buber 1993, Hahon 2014 mukaan.)

Pietilä ja kumppanit (2010) ovat tarkastelleet toiseuden rakentumista muistisairaiden ihmisten pitkäaikaishoidossa sekä sen vaikutusta hoidon laatuun. Toiseus on filosofiassa käytettävä termi, jolla viitataan ”toisten” etäännyttämiseen yhteisöstä ja yhteiseksi ajattelusta kokemusmaailmasta. Muistisairaiden ihmisten hoidossa henkilökunta voi toiminnallaan tarkoittaen tai tarkoittamattaan määrittää asukkaat ”toisiksi”. Pitkäaikaishoitokodissa toiseuttaminen ilmeni esimerkiksi asukkaan ohittamisena, niukkana vuorovaikutuksena, epäasiallisena puhutteluna tai hoidon laiminlyöntinä. Myös muistisairasta ihmistä lapsellistava, lepertelevä, käskevä tai turhan yksinkertaistava puhetyyli oli yleistä. (Pietilä ym. 2010, 261–263.)

Kitwoodin (1997) mukaan muistisairaahan ihmisen hoitotyössä päähuomio on oltava ihmisessä, ei sairaudessa. Ensisijaisesti ihminen kohdataan ihmisenä - oli hänellä muistisairaus tai ei (Muistiliitto 2013). Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen ainutkertaisena ja tasavertaisena on merkityksellistä hoitotyössä, koska se on väylä muistisairaahan hyvinvoinnin tukemiseen (Eloranta 2013). Kohtaaminen lähtee aidosta kiinnostuksesta ihmiseen. Ymmärtävä kohtaaminen on myönteistä, ystävällistä ja sisällöltään selkeää. Muistisairaahan kohtaamisessa tulee aina ottaa huomioon myös perhe ja läheiset. (Haapaniemi 2010, 6–8.) Jokainen kohtaaminen muistisairaahan ihmisen kanssa on mahdollisuus, joka opettaa hoitajaa osaavammaksi (Laine & Heimonen 2013, 20.)

Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen (2010) lähestyvät muistisairaahan ihmisen kohtaamista haavoittuvuusnäkökulmasta. Haavoittuvuudella tarkoitetaan helppoutta loukata ihmistä fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti, koska hän on hauras ja heikko tai herkkä ja sensitiivinen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 33). Muistisairaahan haavoittuvuus lisääntyy, kun toimintakyky ja arkiselviytyminen heikkenevät. Hoitajan uskaltaessa kohdata ihmisen haavoittuvuuden, antaa se hänelle mahdollisuuden myötäelämiseen. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttaa, miten hän tulee kohdatuksi ja ymmärretyksi sekä miten hänen tarpeisiinsa vastataan. Kohtaamisessa tulee pyrkiä ihmisen yksilöllisyyden huomioimiseen, elämäntarinan ja tapojen tuntemiseen sekä toimintakyvyn, identiteetin ja voimavarojen tukemiseen. (Heimonen 2010, 60–68, 85.)

Eloniemi-Sulkava (2013) luettelee kohtaamisen pilareiksi ihmisen kuulemisen, läsnäolon, arvostavan vuorovaikutuksen ja myötätunnon. Mönkäreen (2013) mukaan muistisairaahan kohtaamisen peruseriaatteisiin kuuluvat kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Kunnioittava kohtaaminen on toisen rinnalle asettumista, hänen elämänsä huomioon ottamista, kuuntelemista ja hyväksymistä. Arvostaminen on ihmisarvon näkemistä, toiveiden ja mielipiteiden huomioon ottamista, eläytymistä muistisairaahan kokemusmaailmaan sekä tunteiden hyväksymistä, kuulemista ja vastaanottamista. Luottamus on varmuutta siitä, että luotettavana pidetty henkilö ei vahingoita tai aiheuta pettymystä. Luottamusta rakentaa turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitäminen, kiireetön kohtaaminen sekä empatia, toisen asemaan asettuminen. (Mönkäre 2013.)

Viime vuosina yleistyneessä logoterapeuttisessa ajattelutavassa korostetaan muistisairaahan ihmisen arvostavaa ja yksilöllistä kohtaamista sekä hänen mahdollisuuksiaan elää tarkoituksellista arkea. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen arjessa ilmenee pieninä hetkinä, yhteisenä huumorina, toisen kuulemisena, kosketuksena tai uskalluksena olla luova. (Laine & Heimonen, 14, 23; Eloranta 2013.) Pieniin hetkiin tarttumalla lisätään muistisairaahan ihmisen positiivisia kokemuksia ja tunteita. Kohtaaminen on aitoa läsnäoloa ja ajan antamista. Muistisairaahan levottomuuden kohtaamiseen auttaa tunteen tunnistaminen, ymmärtäminen ja sen sanoiksi pukeminen. Henkilökohtainen kuuntelu on toisen ihmisen elämäntarinan, toiveiden ja haaveiden kuulemista. Hoitajan tulee kohdata muistisairas ihminen omana itsenään, persoonana. Kohtaamistilanteisiin kuuluu usein luovuus, huu-

mori, ilo ja positiivisuus. (Eloranta 2013.) Hoitajien kokemuksen mukaan onnistunut kohtaaminen lisää muistisairaahan ihmisen hyvinvointia ja vahvistaa myös hoitajan omia voimavaroja (Laine 2012; Eloranta 2013).

Martelan (2012) väitöskirjan mukaan kohtaaminen hoitamisessa on parhaimmillaan läsnäoloa ja vastavuoroisuutta. Hoitava läsnäolo on gerontologisen hoitotyön inhimillinen ydin. Ikääntynyt ihminen odottaa usein ymmärretyksi tulemisen tunnetta, joten kohtamistilanne ei saa olla ammattilaisen yksinpuhelua vaan dialogista kanssakäymistä (Tiilikainen & Heikkinen 2013, 462–463.) Keskinäinen yhteys voi muodostua kohtaajien välille vain molempien läsnä ollessa. Hoivayhteys koostuu erilaisista piirteistä, joita ovat toisen huomioiminen yksilönä, läsnäolo, avautuminen toinen toiselle, jaetun tilan muodostaminen, tunnetilojen vahva virtaavuus, hoitavat toimenpiteet sekä vastavuoroiset kiittävyyden osoitukset. Hoitajat ja iäkkäät nauttivat aktiivisesta keskustelusta sekä saavat hyvinvointia hoivayhteydestä. (Martela 2012, 157, 164–187, 194–196.)

Liukkosen (1990) tutkimuksen mukaan hoitajat toimivat muistisairaiden hoitotyössä eri tavoin: taitavasti, kasettimaisesti, robottimaisesti, kylmästi rutiinilla ja hyljeksivästi. Taitava hoitaja kohtaa muistisairaahan kunnioittavasti, voimavarat ja yksilöllisyyden huomioon. Vuorovaikutus on ystävällistä ja inhimillistä. Kasettimainen hoitaja suhtautuu lapsenomaisesti muistisairaaseen, jolloin vuorovaikutus ilmenee suojelevana ja roolimaisena. Robottimainen hoitaja kohtelee henkilöä kuin esinettä konemaisen tehokkaasti, eikä vuorovaikutuksessa ole lämpöä tai läheisyyttä. Kylmästi rutiinilla suhtautuvaa hoitajaa kuvaa kyllästyneisyys muistisairaaseen. Vuorovaikutus on epäystävällistä ja hoitotyössä käytetään kovakouraisia otteita. Hyljeksivällä hoitajalla on kielteinen suhtautumistapa, joka ilmenee vuorovaikutuksen puutteena ja hoidon laiminlyöntinä. (Liukkonen 1990, Seppänen ym. 2013 mukaan.)

Seppänen ym. (2013) ja Hultqvist (2013) selvittivät tutkimuksessaan, miten Liukkosen (1990) hoitotyön toimintamallit toteutuvat muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä. Seppänen ym. (2013) tutkimuksessa hoitajat toimivat yleisimmin taitavasti, kasettimaisesti tai robottimaisesti. Kylmästi rutiinilla ja hyljeksivästi kohtaaminen oli harvinaisempaa. Työyksikön erikoistuminen muistisairauksien hoitoon tuki taitavasti toimintamallin käyttöä. Hoitajat pitivät tärkeänä ammattitaitoa ja koulutusta kohdata muistisairas henkilö. Hoitajan jaksamisella nähtiin olevan yhteys käytettyyn toimintamalliin. (Seppänen ym. 2013.) Tulokset olivat samansuuntaisia Hultqvistin (2013) tutkimuksessa, jossa työhönsä

tyytyväiset hoitajat toimivat useimmin taitavasti. Taitavasti mallin mukaista toimintaa edistivät hoitajan ammattitaito, asenteet ja työhyvinvointi sekä johtajuuden luomat edellytykset. (Hultqvist 2013, 38, 40–42, 57–58.)

Muistisairaiden hyvää elämää edistävät ulottavuudet hoitajien näkökulmasta ovat vahvistaminen, tuttuus, yhteys ja toimijuus. Vahvistaminen on muistisairaahan arvokkuuden ja minuuden ylläpitämistä sekä asiakkaan tavan olla hyväksymistä. Tuttuus nähdään läheisyytenä arkipäivässä ja yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistamisena. Yhteys on keskinäiseen ymmärrykseen pyrkimistä sekä avun tarjoamista. Toimijuus muodostuu toimintamahdollisuuksien tarjoamisesta sekä voiman ja kontrollin tunteen edistämisestä. (Zingmark ym. 2002, 52–56.) Hoitotyön käytännössä nämä tarkoittavat Topo ym. (2007) havainnointitutkimuksen mukaan esimerkiksi tasaveroista suhtautumista, yksilöllistä huomiointia, kannustamista, yhteistä tekemistä, sosiaalista kanssakäymistä, lohdutusta, läheisyyttä, hienotunteisuutta, ajan antamista, asiakkaan todellisuuden kunnioittamista, voimavaralähtöisyyttä, yhteistä tekemistä, toiminnallista ympäristöä ja ulkoilua.

Muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun vaikuttaa erityisesti hoitajien asenteet ja ammattitaito. Vuorovaikutus ja muistisairaahan ihmisen todellisuuden empaattinen kohtaaminen ovat kehittämistä vaativia haasteita. (Topo ym. 2007, 88, 111–115.) Kotihoidossa luottamuksen rakentuminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat tärkeitä hoitajan ja asiakkaan väliselle vuorovaikutussuhteelle. Asiakkaan kuunteleminen ja hänen elämäntarinansa tunteminen tukevat luottamuksen rakentumista (Parviainen 2011, 42, 55–58.) Asiakkaan kannalta onnistuneissa kohtaamisissa häntä kuunnellaan ja hänen tunnetilansa otetaan huomioon. Asiakkaalle annetaan riittävästi aikaa reagoida tilanteessa, eikä häntä kuormiteta liikaa haasteellisilla kysymyksillä. Kohtaamisen onnistumiselle on tärkeää hoitajan luovuus käyttää apunaan asiakkaan elämäntarinaa ja muistisairauksia koskevaa tietämystään. (Topo ym. 2007, 111–115.)

4.2 Muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen

Haasteellisella käyttäytymisellä tarkoitetaan muistisairaahan ihmisen käyttäytymistä, joka haastaa hoitajat miettimään toimintaansa kohtaamistilanteessa (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 46). Muistisairaalle itselleen haasteellinen käyttäytyminen on usein normaali reaktio ja toimintatapa niillä jäljellä olevilla kyvyillä, mitä hänellä on (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 233). Haasteellisen käyttäytymisen taustalla on muistisairaahan aiheuttama psykologinen oire tai käyttäytymisen muutos eli lääketieteellisen termin käyttöoire. Tavallisimpia käyttöoireita ovat masennus, apatia, ahdistuneisuus ja levottomuus. Käyttöoireita esiintyy jopa 90 %:lla muistisairaista, ja niitä esiintyy niin lievästi kuin vaikeastikin muistisairailta ihmisillä. Käyttöoireet heikentävät merkittävästi muistisairaiden ja heidän läheisensä elämänlaatua, sekä johtavat usein kotona asumisen päättymiseen. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118; Vataja 2010, 91–92.)

Saarnion & Isolan (2010) mukaan hoitajat kokevat haasteellisiksi kohtaamistilanteiksi hoitamiseen liittyvän vastustamisen, muihin asukkaisiin ja hoitajiin kohdistuvan häirinnän sekä aggressiivisuuden. Saarnion ym. (2011) tutkimuksessa hoitajat käyttivät yleisimmin haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoidossa ymmärtävää toimintatapaa. Hoitotyössä tämä tarkoitti muistisairaahan ihmisen kuuntelua, keskustelua, toiminnan järjestämistä, läheisyyttä, huumorinkäyttöä ja tunteen ilmaisun hyväksymistä. (Saarnio ym. 2011, 52–53.) Päinvastaisesti Kovachin ym. (2006a) tutkimuksessa hoitajat käyttivät toistuvasti samoja tehottomia keinoja haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hoidossa. Muistisairaahan tarpeeseen vastattiin ilman kokonaisvaltaista arviointia, jolloin käyttäytymisen taustalla olevat syyt jäivät kartoittamatta. (Kovach ym. 2006a, 17–18.) Kokonaisvaltaisen arvioinnin puuttuminen voi johtaa esimerkiksi muistisairaahan rauhoittavaan lääkitsemiseen ja fyysiseen rajoittamiseen tarpeettomasti (Saarnio ym. 2011, 53).

Kokonaisvaltaisessa kohtaamistavassa kartoitetaan haasteellisen käyttäytymisen taustalla oleva syy tai tarve. Ensimmäisenä tutkitaan ja hoidetaan mahdolliset fyysiset syyt, jonka jälkeen pohditaan psykososiaalisia ja ympäristöön liittyviä tarpeita. Vähennetään esimerkiksi ympäristön aiheuttamaa stressiä ja pyritään tarkoitukselliseen arkeen. Lisäksi selvitetään mahdollisuudet ei-lääkkeellisiin hoitoihin ja tarkistetaan kipulääkitys. Viimeisessä vaiheessa konsultoidaan asiantuntijaa, mikäli ratkaisua haasteelliseen käyttäytymiseen ei ole löytynyt. (Kovach ym. 2006b, 20–24.)

Eloniemi-Sulkavan & Savikon (2011) interventiotutkimuksen mukaan muistisairaiden asiakkaiden hyvinvointia voidaan parantaa tarjoamalla henkilökunnalle asiantuntijoiden tukea sekä koulutusta. Sairautensa vuoksi muistisairas ei usein kykene ilmaisemaan tarpeitaan ymmärrettävällä tavalla, jolloin tarpeet kuten turvallisuus, identiteetin säilyminen, toiminta ja osallisuus jäävät vaille huomiota. Tarpeiden tunnistaminen sekä niihin vastaaminen deliriumin ja psykoottisten oireiden poissulkemisen jälkeen kuuluvat hoitajan tehtäviin. Hoitajien asenteita ja työskentelytapoja muuttamalla sekä kokonaisvaltaista hoitoa toteuttamalla voidaan parantaa merkittävästi asukkaiden elämänlaatua, jolloin muistisairaiden käytösoireet ja psyykelääkkeiden käyttö sekä hoitajien kokema stressi käytösoireista vähenevät. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 103–113.)

Saarnio & Isolan (2010) ja Isolan ym. (2005) tutkimuksissa hoitajat käyttivät muistisairaahan kohtaamisessa persoonallista ja intuitiivista toimintatapaa. Persoonallinen toimintatapa oli luovuuden, huumorin ja oman persoonan hyödyntämistä. Intuitiivinen toiminta ilmeni ennaltaehkäisyä, mukaan menemisenä ja huomion ohjaamisena muuhun. Isolan ym. (2005) mukaan kolmas hoitajien käyttämä toimintatapa oli järkipäätöksentekeminen, jolla tarkoitettiin perustelemista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista. Saarnion & Isolan (2010) tutkimuksessa eroteltiin lisäksi eettinen ja ammatillinen toimintatapa. Eettinen toiminta sisälsi ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Ammatillisuus ilmeni vuorovaikutustaidoissa, toiminnallisuuden ja validaation hyödyntämisenä. Hyvien toimintatapojen käyttöä edistivät molempien tutkimusten mukaan muistisairaahan ihmisen elämänhistorian tunteminen, kokemuksellinen tieto kohtaamisesta ja teoreettinen tieto muistisairauksista. (Saarnio & Isola 2010, 323–332; Isola ym. 2005, 148–152.)

5 KVALITATIIVINEN OPINNÄYTETYÖ

5.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivisen eli laadullinen lähestymistavan lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa ihmisen asema ja osuus ovat erityisen tärkeitä. Tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään osallistujien näkökulmaa ja tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 16, 20, 23.) Osallistujien näkökulman ymmärtäminen voidaan käsittää eräänlaisena eläytymisenä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 28).

Kvalitatiivinen lähestymistapa sopi opinnäytetyöhön, koska aikaisempaa tutkimustietoa muistisairaana kohtaamisesta kotihoidon hoitajien näkökulmasta on vähän. Aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet ilmiön tutkimiseen laitoshoidossa. Lähestymistavan valintaan vaikutti myös opinnäytetyön pieni kohdejoukko. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan jäsentää todellisuutta luokittelemalla tutkittavan todellisuuden elementtejä kuten esimerkiksi kohtaamista ja sen haasteita. Ilmiötä käsitteellistämällä ja käsitteiden välisiä suhteita tutkimalla voidaan tuottaa uutta tietoa ja muodostaa todellisuutta kuvaavaa teoriaa, vaikka kohdejoukko olisi pieni. (Kylmä & Juvakka 2012, 27–29.)

5.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun, koska näin oli mahdollista tavoittaa henkilöt parhaiten ja tuottaa opinnäytetyön tehtäviin sopivaa aineistoa. Teemahaastattelulla on ominaista, että ihmisten tulkintoja, kokemuksia ja heidän antamia merkityksiä pidetään keskeisinä tutkimuksen kannalta. Teemahaastattelussa osallistujien kieltäytyminen on vähäisempää kuin lomakehaastattelussa. Lisäksi etuna on joustavuus ja mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47–48; Tuomi & Sarajarvi 2009, 74–75.) Haastattelut etenivät opinnäytetyön tehtävien mukaan valittujen keskeisten teemojen varassa, jotka olivat kaikille haastateltaville samat (Liite 1). Tarkentavien kysymysten muoto ja järjestys vaihtuivat tilannekohtaisesti.

Opinnäytetyön osallistujat valitsin tarkoituksenmukaisesti valintakriteereihin perustuen, kuten laadulliselle lähestymistavalle on ominaista (Kylmä & Juvakka 2012, 80). Valintakriteereinä olivat vähintään kahden vuoden työkokemus kotihoidossa sekä halukkuus ja vapaaehtoisuus osallistua opinnäytetyöhön. Kotihoidon osastonhoitaja välitti haastattelukutsun työntekijöille ja vapaaehtoisiksi ilmoittautuneista haastattelin neljä henkilöä, jotka täyttivät valintakriteerit. Viides vapaaehtoinen ilmoitti vasta myöhemmin halunsa osallistua, joten häntä en ehtinyt haastatella enää opinnäytetyötä varten.

Opinnäytetyössä on tarkoituksena saada esille haastateltavien omia kokemuksia muistisairaahan kohtaamisesta, joten haastateltaville ei kerrottu etukäteen kuin opinnäytetyön aihe. Teema-alueita tai kysymyksiä ei annettu heidän tietoonsa, jotta vältettäisiin valmistautuminen haastatteluun. Haastattelut toteutettiin työajalla kokoushuoneessa, joka oli varattuna haastattelukäyttöön. Haastatteluajankohta valittiin työntekijälle sopivimpaan aikaan. Toteutin itse opinnäytetyön tekijänä kaikki haastattelut eri päivinä noin kuukauden aikana. Nauhoitin kaikki haastattelut kahdella eri nauhurilla ja varmistin haastateltavien suostumuksen suullisesti opinnäytetyöhön osallistumisesta ennen haastattelua. Haastattelut kestivät keskimäärin noin 30 minuuttia. Äänitysnauhat kirjoitin puhtaaksi tietokoneelle heti haastattelujen jälkeen.

5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa tietoa kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston järjestämistä johtopäätösten tekoa varten. Varsinaiset tulokset muodostuvat tutkijan tekemistä johtopäätöksistä tiivistetyn ja järjestetyn aineiston pohjalta. Aineiston tiivistämistä kokonaisuudeksi ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan karkeasti kolmeen vaiheeseen aineiston pelkistämiseen ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen (Kylmä & Juvakka 2012, 112–113, 116; Tuomi & Sarajarvi 2009, 103, 108–109.) Hirsjärvi & Hurme (2004) painottavat kirjassaan luokittelun jälkeen yhteyksien löytämistä, tulkintaa ja ilmiön teoreettista uudelleen hahmottamista.

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa litteroin nauhat. Kaikkia puhekielisiä täytesanoja kuten *niinku*, *tuota*, *tavallaan* ei litteroitu, koska ne eivät tuottaneet informaatiota

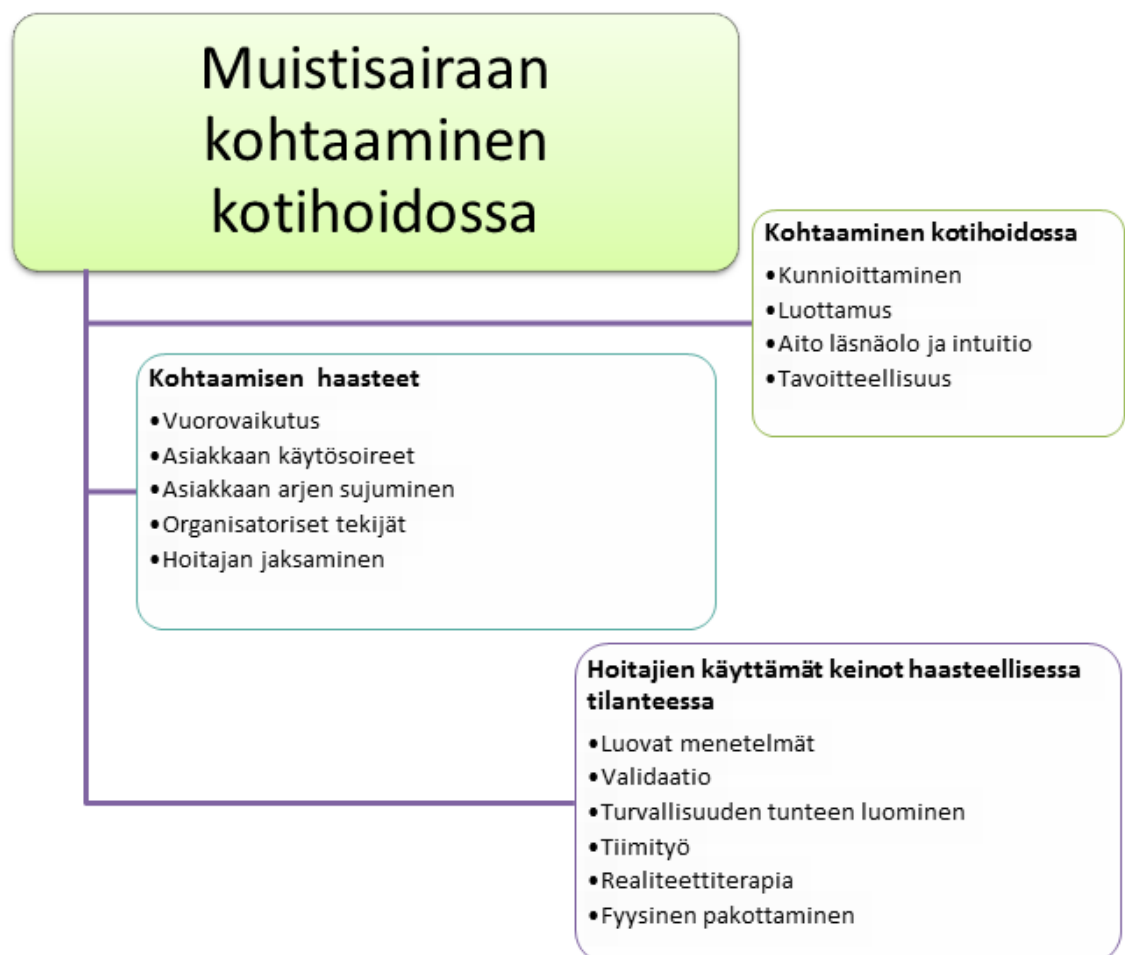
lauseisiin. Äännähdyksiä, naurahduksia ja sanapainoja en myöskään aukikirjoittanut. Aineistoa tuli noin 20 sivua, joka ryhmiteltiin eri teema-alueiden mukaan. Alkuperäisilmauksista muodostin pelkistettyjä ilmauksia opinnäytetyön tehtävien ohjaamana. Toisessa vaiheessa etsin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja yhdistin ne alaluokiksi. Alaluokista muodostin yläluokkia, joille nimesin yhteisen kokoavan nimityksen eli pääluokan. Viimeisessä vaiheessa peilasin saatuja tuloksia aikaisempaan teoreettiseen tietoon, joista muodostui opinnäytetyön johtopäätökset. (Kylmä & Juvakka 2012, 116–120; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|----------------------|------------|-------------------|-----------------|-------------------|---|---------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------|----------------|--------------------------|---------------------|
| ALKUPERÄISILMAISUT | Toinen huutaa ja räyhää, mutta ei lyö sentään. Se syy miksi asiakas syytti minua siitä varkaudesta... | | | | | | Se haaste on se arkipäivän sujuminen, kun et voi tietää kotikäynnin jälkeen... Joskus on aikamoiset haasteet, että saadaan ihminen muistamaan olla ravinnotta... | | | | | | | |
| PELKISTETYT ILMAISUT | huutaminen | tarttuminen kynsillä | vastustelu | varastamisepäilyt | harhaluuloisuus | sanojen hokeminen | lääkityksestä huolehtiminen | lääkkeistä kieltäytyminen | arkipäivän sujuminen | syömisen muistaminen | karkailu | oven avaaminen | kotikäyntien unohtaminen | ravinnotta oleminen |
| ALALUOKKA | Hoitotilanteiden vastustaminen | | | Psyykkiset oireet | | | Lääkehoidon haasteet | | Arkipäivään liittyvät haasteet | | Muistamattomuus | | | |
| YLÄLUOKKA | Asiakkaan käytösoireet | | | | | | Arjen sujumisen haasteet | | | | | | | |
| PÄÄLUOKKA | KOHTAAMISEN HAASTEET | | | | | | | | | | | | | |

KUVIO 1. Esimerkki luokittelusta

6 TULOKSET

Tulosten lähtökohtana ovat haastatteluissa esille nousseet hoitajien kokemukset muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa ja siihen liittyvät haasteet. Muistisairaahan kohtaaminen kotihoidossa koostuu hoitajien näkökulmasta muistisairaahan ihmisen kunnioittamisesta, luottamuksen rakentamisesta, aidosta läsnäolosta ja intuitiivisesta toiminnasta sekä hoidon tavoitteellisuudesta. Kotihoidossa kohtaamisen haasteiksi nousivat vuorovaikutusongelmat, asiakkaan käytösoireet, arjen sujuminen, organisatoriset tekijät ja hoitajan jaksaminen. Kohtaamisen keinoina haasteellisissa tilanteissa hoitajat käyttivät luovia menetelmiä, validaatiota, turvallisuuden tunteen luomista, tiimityötä, validaatiota, realiteettiterapiaa ja fyysistä pakottamista.



KUVIO 2. Opinnäytetyön tulokset kaaviona

6.1 Muistisairaahan kohtaaminen kotihoidossa

Hoitajat kohtaavat kotihoidossa päivittäin lievästi muistisairaita ihmisiä. Vaikeasti muistisairaita kohdataan harvemmin, koska hoitajien mukaan useimmat alueen muistisairaista siirtyvät kotihoidosta palveluasumiseen ennen sairauden vaikeaa vaihetta.

6.1.1 Kunnioittaminen

Muistisairaahan ihmisen kunnioittamiseen kuuluu asiakkaan kohtaaminen ensisijaisesti ihmisenä. Hoitajien mukaan muistisairaahan kohtaaminen ei poikkea merkittävästi muiden asiakkaiden kohtaamisesta. Muistisairaahan sijaan itsemääräämisoikeuden huomioimista ja kodin kunnioittamista pidettiin tärkeänä kohtaamistilanteissa.

Mun mielestä ihminen on ihminen oli se sitten muistisairas tai ei.

Kohtaamisessa ei sikäli ole mitään eroa, koska he ovat kuitenkin siellä omassa kotona. Ja omassa kotona on aina itsemääräämisoikeus.

Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan aina toteutunut, joka tuotiin esille eettisenä ongelmana. Asiakkaan tunteiden ja mielipiteiden huomioimista pidettiin tärkeänä. Hoitajat mainitsivat erilaisia keinoja, miten he käyttävät luovuuttaan saadakseen tehdyksi päivittäiset työt loukkaamatta asiakasta, kun asiakkaan on vaikea hyväksyä hoitajien apua. Asiakkaan mielipiteen muuttaminen vastaamaan hoitajan mielipidettä saattoi tulla kyseeseen, kun se oli asiakkaan edunmukaista.

Se itsemääräämisoikeus, mutta kyllä ihminen pitää pestä, ei se voi olla määrittäessä vaipoissa.

Kotona ihmiset sanelee, mitä me tehdään, periaatteessa. Asiakas on aina oikeassa, mutta hoitaja voi saada asiakkaan olemaan samaa mieltä...

6.1.2 Luottamuksen rakentaminen

Hoitajat kokivat tärkeäksi luottamuksellisen suhteen rakentamisen kohtaamisissa. He kuvasivat haastatteluissa, miten muistisairaahan kohtaamisessa on joskus aloitettava kaikki alusta jokaisella käynnillä. Tällaiset tilanteet aiheuttivat hoitajissa joskus surua, turhautumista tai huvitusta, mutta tunteet pyrittiin peittämään asiakkaalta. He eivät halunneet loukata muistisairasta ihmistä. Hoitajat halusivat kohtaamisissa pyrkiä siihen, että muistisairas kokisi hoitajan olevan entuudestaan tuttu ja turvallinen, vaikka asiakas ei muistaisikaan hoitajaa nimeltä.

... se voi olla aivan niin kuin uusi tilanne. Joskus sellaisia huvittaviakin, tekisi mieli joskus vähän hymyillä tai nauraa, kun niitä samoja asioita toistellaan. Mutta pääasiassa ainakin mun asiakkaat muistaa, että mä oon käynyt enneminkin ja tunnistaa.

Täytyy ensi mennä ja luoda se ihmisen kohtaaminen, että hän tietää, että mä oon tässä ja häntä varten.

Asiakkaan elämänhistorian tunteminen koettiin tärkeäksi hoitajan työkaluksi, joka tuki luottamuksellisen suhteen rakentumista. Hoitajat tunsivat asiakkaansa hyvin, jolloin he osasivat keskustella ja muistella asiakkaan kanssa heidän elämässään tapahtuneita asioita. Epäonnistuneena kohtaamistilanteena pidettiin kotikäyntiä, jossa keskusteluyhteyttä ei luotu asiakkaaseen, vaan keskityttiin hoitamaan pelkästään annettuja tehtäviä.

Mä luovin, mä yritän mennä, mä tunnen asiakkaan, tiedän sen taustan. Siihen pitää aika hyvin perustaa, kun tuntee toisen ihmisen taustan.

Tietysti, jos on aggressiivisuutta, vainoharhaisuutta ja epäilevyyttä kaiken, niin mitenkä saa sitten sen asiakkaan luottamuksen on suuri haaste.

6.1.3 Aito läsnäolo ja intuitiivinen toiminta

Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa läsnäoloa pidettiin tärkeänä. Aito läsnäolo oli kotihoidossa kiireetöntä keskustelua, asiakkaan kuuntelemista ja yhdessä tekemistä. Hoitajat kertoivat pelaavansa muistipelejä ja pitävänsä muisteluhetkiä, mikäli kotikäynneillä jäi ylimääräistä aikaa. Rauhallista toimintaa pidettiin tärkeänä muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa. Intuitiivinen toiminta ilmeni hoitajien kuvailemana herkkyytenä huomata muutokset esimerkiksi asiakkaan voinnissa ja kotona pärjäämisessä.

Jos on aikaa, niin ollaan katseltu esimerkiksi valokuvia ja muisteltu sitten niitä ihmisiä, mitä hänellä on siinä [kuvassa].

Täytyy itse olla herkempi ja yrittää selvittää niitä asioita, kun he ei välttämättä osaa aina sanoa, että mikä on vikana. Pitää olla tuntosarvet herkällä ja yrittää kysellä tavallaan enemmän niitä asioita.

6.1.4 Tavoitteellisuus

Hoitajat kokivat tärkeäksi päämäärätietoisuuden, jotta palvelusuunnitelmassa määritellyt tehtävät tulivat kotikäynneillä tehdyksi. Muistisairaiden asiakkaiden oli joskus vaikea hyväksyä kotihoidon hoitajien apua tai he eivät enää itse osanneet sanoa, missä he apua tarvitsevat. Hoitajalle jäi enemmän vastuuta hoidon riittävyyden arvioinnista ja palvelusuunnitelman noudattamisesta kuin muiden asiakkaiden kanssa.

Sellaiset määrätyt asiat, mitkä hänen luonansa on niitä tehtäviä asioita, pitää itse muistaa. Häneltä ei voi tavallaan kysyä, että mitäs nyt tekisin...

Ja sitten se rauhallisuus, mutta kuitenkin määrätietoisuus, että nyt noustaán ja mennään tästä.

6.2 Kohtaamisen haasteet kotihoidossa

6.2.1 Vuorovaikutus

Vuorovaikutustilanteissa hoitajat kokivat haasteelliseksi, kun muistisairauden etenemisen myötä ihminen ei enää pystynyt kommunikoimaan sanoin tai hän ei ymmärrä sanottua. Osa hoitajista mainitsi asioiden uudelleen selittämisen ja jatkuvan toistamisen olevan työlästä ja turhauttavaa, mutta toisaalta ajoittain myös huvittavaa.

Muistisairaus on edennyt niin pitkälle, että hänellä ei ole enää sanoja. Eli millään, mitä sä sanot ei ole mitään merkitystä.

Välillä tuntee itsensä turhautuneeksi, että taas samat asiat käydään läpi.

6.2.2 Asiakkaan käytösoireet

Kotihoidossa kohdattiin asiakkaan haasteellista käyttäytymistä satunnaisesti. Haasteellista käyttäytymistä hoitajat kuvasivat erilaisina käytösoireina kuten huutamisenä, sylkemisenä, raapimisena tai lyömisenä. Useimmiten käytösoireet johtivat hoitotilanteiden vastustamiseen esimerkiksi pesutilanteissa, jolloin hoitajat kohtasivat fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa. Tilanteet olivat harvinaisia, mutta hoitajat kokivat ne haasteellisena sekä eettisesti että ajankäytön suhteen. Hoitajat uskoivat kykenevänsä kohtaamaan asiakkaan paremmin, jos kotikäynneillä olisi ollut aikaa enemmän.

Kohdataan tavallaan sellaista väkivaltaakin sitten. Niin kurjaa kuin se onkin, ajatellen dementikkoja, joka ei itse ymmärrä, että on väkivaltainen.

Toinen huutaa ja räyhää, mutta ei lyö sentään. Ei mua ole ainakaan lyöty. Mutta kyllä siitä vain mennään, se on vain osattava.

Hoitajat kertoivat myös asiakkaidensa psyykkisistä oireista, jotka ilmenivät muistisairailta useimmiten harhaluuloisuutena ja varastamisepäilyinä. Muita oireita hoitajien kuvailemana olivat jatkuva sanojen hokeminen tai aggressiiviset puheet. Asiakkaat saattoivat epäillä hoitajien varastavan likaisia alushousuja tai arvoesineitä.

Se syy miksi asiakas syytti minua siitä varkaudesta oli se, kun mä en koskaan etsinyt sitä kadonnutta esinettä.

6.2.3 Asiakkaan arjen sujuminen

Haastatteluissa nousi vahvasti esille hoitajien huoli muistisairaiden asiakkaiden arjen sujumista kotikäyntien ulkopuolella. Erityisesti hoitajat olivat huolissaan yksin asuvista asiakkaista. Huolta aiheuttivat arkipäiväiset asiat kuten syöminen ja lääkkeiden ottaminen. Talvisaikaan pelättiin muistisairaana asiakkaan kotoa lähtemistä ja eksymistä. Omaisten mukana oleminen asiakkaan arjessa vähensi hoitajien huolta.

Se haaste on se arkipäivän sujuminen, kun et voi tietää kotikäynnin jälkeen, jos asiakas asuu yksin, että mitä se päivä sisältää.

Hoitajat pyrkivät varmistamaan kotikäynneillä asiakkaan syömiseen ja jääkaapissa olevan ruoan riittävyyden. Kauppakäynnit useimmiten hoidettiin asiakkaiden puolesta. Lääkkeen ottamista tuettiin laittamalla ne valmiiksi lääkekuppeihin, jotka sijoitettiin aina samaan paikkaan. Kotikäyntien ollessa satunnaisempia haasteeksi muodostui asiakkaan muistuttaminen tulevista kotikäynneistä ja paastoamisen varmistaminen ennen verinäytteenottoa. Kotikäyntien ajankohdat merkittiin usein kalenteriin, muistilappuihin tai ilmoitettiin omaisille.

Joskus on aikamoiset haasteet, että saadaan ihminen muistamaan olla ravinnotta seuraavan aamun verikokeisiin. Ollaan teipattu jääkaapin ovia kiinni ja muistilappuja on pitkin pöytää, kahvinkeitin ja hellanlevyjä.

Lääkehoito koettiin haasteelliseksi kotihoidon kohtaamistilanteissa. Asiakkaiden ei aina ollut helppoa luovuttaa lääkehoidon vastuuta hoitajille, vaan he olisivat halunneet itse huolehtia lääkkeistään. Lääkehoidon toteutuminen kotikäyntien ulkopuolella oli myös

haasteellista, kun hoitajat eivät voineet olla paikalla varmistamassa lääkkeiden ottamista. Asiakkaat saattoivat myös kieltäytyä ottamasta lääkkeitä. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi koettiin haasteelliseksi, kun asiakasta nähtiin vain lyhyillä kotikäynneillä. Asiakkaat eivät välttämättä itse osanneet arvioida lääkkeen vaikutusta tai tunnistaa haittavaikutuksia.

Se on haaste, että tavallaan voidaan ottaa ne lääkkeet ja huolehtia niistä. Jos tähän asti mummo on itse jakanut pillerinsä ja yhtäkkiä hoitaja sanookin, että nyt sä et enää niitä kykene jakamaan, että saatasko me auttaa.

6.2.4 Organisatoriset tekijät

Organisaatiosta johtuvat tekijät toivat oman haasteensa kohtaamistilanteisiin. Muistisairaahan ihmisen kotikäyntiin oli joskus varattu liian vähän aikaa, jolloin asiakasta ei pystytty kohtaamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitajat mainitsivat haasteeksi myös hoitajien vaihtumisen ja osaamattomuuden onnistuneelle kohtaamiselle.

Se on ihan hirveä tilanne, että hänen kanssaan pitäisi hirveästi käyttää sitä aikaa, suostutella ja jollakin tavalla yrittää saada hänet sinne muutenkin kuin väkipakolla. Mutta koska sitä aikaa ei oo, ja toisekseen sitä ei voi sillä lailla käyttää, koska meillä on kuitenkin nämä rajat, että miten ne määrät on laskutettu.

6.2.5 Hoitajan jaksaminen

Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen herätti hoitajissa hyvin erilaisia tunteita. Hoitajat kertoivat ahdistuksen ja avuttomuuden tunteista, kun he seuraavat asiakkaan muistisairauden etenemistä alkuaireista kohti vaikeaa muistisairautta. Asiakassuhteet olivat pitkiä, joten asiakkaat koettiin läheisiksi. Hoitajat kuvailivat paljon kohtaamiensa eettisiä ongelmia. Vaikeina koettiin erityisesti tilanteet, joissa hoitajat joutuivat turvautumaan fyysisiin pakotteisiin ja rajaamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Joskus muistisairaahan ihmisen kohtaaminen saattoi herättää epävarmuutta ja turhautumista, kun kohtaaminen ei sujunut parhaalla mahdollisella tavalla.

Jos on käynyt vuosia saman ihmisen luona ja sitä on tullut läheiseksi, niin on joskus vähän masentavaakin huomata, että vointi heikkenee...

Mun piti kysyä kollegoilta, että mitä tehdään. Voidaanko pestä väkisin?

Pääsääntöisesti hoitajat kokivat työnsä ja muistisairaahan kohtaamisen mielekkääksi. Haasteet lisäsivät työn mielekkyyttä ja onnistuminen kohtaamistilanteissa edisti työssä jaksamista. Työkokemuksen kartuttaminen, kouluttautuminen, ammattikirjallisuuden lukeminen sekä omasta jaksamisesta huolehtiminen lisäsivät ja ylläpitivät hoitajien valmiuksia kohdata muistisairas. Validaatiomenetelmään liittyvä koulutus kiinnosti kaikkia. Mahdollisuutta työkiertoon ja työnohjaukseen pidettiin työssä jaksamista edistävänä tekijänä. Tärkeimpänä asiana nousi esille kuitenkin kokemusten vaihtaminen ja vaikeiden tilanteiden purkaminen kollegoiden kanssa.

Mun mielestä on tosi tärkeää pitää huolta omasta jaksamisesta ja se että saa tosiaan nollattua ne, mitä töissä tulee, ongelmat sun muut.

Kyllä muistisairaahan kohtaamiseen tarvitaan mun mielestä jonkinlainen koulutus, miten kohdata toinen ihminen.

6.3 Hoitajien käyttämät keinot haasteellisissa kohtaamistilanteissa

Hoitajat käyttivät haasteellisissa tilanteissa paljon luovia menetelmiä. Laulua ja muistelua käytettiin työvälineenä. Laulu sopi hoitajien mielestä hyvin haastaviin tilanteisiin. Muistelua käytettiin jokapäiväisessä työssä. Hoitajat hyödynsivät luovuuttaan ja omaa persoonaansa keksiessään erilaisia keinoja, joista voisi olla apua arkipäivän tilanteissa.

On jotenkin osattava niin sanotusti juonia, että saat tehtyä työsi, tai pitää luovia. Pesullekin pitäis mennä nii, pitää pyydellä tai itse asiassa ei välttämättä puhuta enää samasta asiasta kuin pesulle menosta, vaan ruvetaan vaihtamaan vaatetta. Eli tilanne antaa mahdollisuuden hoitaa sen työn.

En osaa käyttää sitä musiikkia ja laulua sellaisena tavallaan työvälineenä, että se varmaan auttaisi monta kertaa. Mutta rauhallisuus, rauhallisuus, mitä mun pitää henkilökohtaisesti aina ajatella.

Turvallisuuden tunteen luominen muistisairaalle asiakkaalle koettiin tärkeäksi. Hoitajan rauhallisuutta korostettiin kaikissa toimissa muistisairaahan ihmisen kanssa. Selkeä vuorovaikutus kuten lyhyet ja yksinkertaiset lauseet auttoivat yhteisymmärryksen löytymisessä. Luottamuksellisella suhteella oli hoitajien mukaan yhteyttä turvallisuuden tunteeseen. Pohjana luottamuksen syntymiselle oli tuntee asiakas ja hänen taustansa. Hoitajia kiinnosti myös validaatio eli TunteVa-vuorovaikutusmenetelmä. He kertoivat lukeneensa aiheesta ja osa oli omaksunut työhönsä toimintamallin mukaisia menetelmiä. Toisaalta useimmat kaipasivat vielä lisää koulutusta aiheeseen.

Rauhoittelu, semmonen perusjuttu ettei tarvi peljätä. Siis kun joutuu toista kylvettämähän ja toinen huutaa kauhuissaan, niin rauhoitteleminen. Ihan semmonen turvallisuuden tunteen luominen, että tässä ei oo mitään hätää

Kun ihmiset ovat erilaisia, niin ei välttämättä siitä kosketuksesta tykkää. Mutta oon huomannu, että kun ottaa toista kädestä kiinni, katsoo silmiin ja yrittää selittää asian rauhallisesti, niin se on yksi hyvä keino.

Yrittää päästä sisälle siihen ihmisen ajatusmaailmaan ja tunnemaailmaan, koska se tunne on dementikoille tärkeä, vaikka he ei muista asioita, niin he hyvin herkästi aistii tunnetilat.

Tiimityö kollegoiden ja yhteistyö omaisten kanssa olivat hoitajien näkökulmasta tiivistä. Omaisiin otettiin herkästi yhteyttä haastavista tilanteista esimerkiksi varastamisepäilyistä väärinymmärrysten ehkäisemiseksi. Epäileväisen tai aggressiivisen asiakkaan luomettiin usein kaksin hoitajien turvallisuuden takaamiseksi. Hoitajien tiimipalavereissa pyrittiin yhdessä vaihtamaan kokemuksia onnistumisista ja haastavista tilanteista.

Meillä on tietyn asiakkaan kanssa samat rutiinit ja aina kerrotaan toisille, että jos on jotain ongelmaa. Ja mun mielestä on hyvä, kun siinä toisiltakin kuulee niitä, että mä tein näin ja näin ja sitten hän reagoi tällä lailla.

Osa hoitajista kuvaili käyttävänsä realiteettiterapiaa työssään muistisairaiden kanssa. He pyrkivät palauttamaan asiakasta nykyhetkeen mahdollisimman lempeästi. Hoitajat kokivat realiteetteihin perustuvan kohtaamisen hyödylliseksi muistisairaana kotona pärjäämisen kannalta. Hoitajat joutuivat turvautumaan myös fyysiseen rajoittamiseen ja pakottamiseen esimerkiksi pesutilanteissa. Fyysistä rajoittamista oli pohdittu hoitajien keskuudessa paljon itsemääräämisoikeuden kannalta, mutta he eivät olleet löytäneet siihen muuta ratkaisua.

Jos esimerkiksi muistisairas alkaa puhua, että on menossa äidin luo. Niin kyllä mä yleensä totuudenperäisesti vastaan, että sinä olet jo itsekin iäkäs, että ajatteleppa itse, että onko äitisi vielä täällä maan päällä.

Väkisin on riisutettava, toinen pitää käsistä kiinni ja toinen pesee. Ei se oo mitenkään miellyttävä kokemus hoitajalle, vaikka olisi kuinka ammattitaitoinen. Hoidettava työ kuitenkin on.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelua

Tieteellisen toiminnan perustana hoitotieteessä on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikan tehtävänä on tuottaa tutkimuksessa noudatettavat säännöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Opinnäytetyössä pyrin noudattamaan rehellistä, tarkkaa ja avointa työtä sekä kollegiaalisuutta hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Olen kunnioittanut opinnäytetyössä muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitannut lähteisiin tarkasti sekä käyttänyt mahdollisimman uutta tietoa kotimaisista ja kansainvälisistä julkaisuista. Opinnäytetyössä on käytetty myös muutamaa vanhempaa tutkimusta, joita voidaan pitää työn luonteensa vuoksi edelleen ajantasaisena lähteenä.

Opinnäytetyön etiikassa on kyse erilaisista valinnoista ja päätöksistä, joita tekijän on ratkaistava prosessin eri vaiheissa. Jo aiheen valinta ja tehtävien muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20). Tämän opinnäytetyön aihe on lähtöisin opettajan kanssa käydystä keskustelusta muistisairaahan kohtaamiseen liittyvistä haasteista. Tarkoituksena oli kuva hoitajien kokemuksia muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa. Valitsin opinnäytetyöhön hoitajien näkökulman, koska muistisairaahan ihmisen näkökulman tutkiminen on hyvin haasteellista eettisyyden kannalta. Opinnäytetyön tehtävät muodostuivat aiheeseen perehtymisen jälkeen ja ovat tarkentuneet opinnäytetyön edetessä kuten kvalitatiiviselle lähestymistavalle on ominaista.

Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa voidaan pitää yksityisyyttä, suostumusta osallistumiselle ja luottamuksellisuutta (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20). Opinnäytetyöhön hain lupaa organisaation johtavalta ylilääkäriltä ja lupa myönnettiin syksyllä 2014. Opinnäytetyön suunnitelmassa ja osastonhoitajalle lähetyksessä haastattelupyynnössä painotettiin haastattelujen luottamuksellisuutta ja haastateltavien anonymiteetin säilyttämistä sekä osallistumisen vapaaehtoisuutta. Ennen haastatelluita varmistin suostumuksen suullisesti osallistujalta ja kerroin heille mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisensa missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa. Kirjallisia suostumuksia en pyytänyt, koska haastateltavan nimen sisältävä paperi on aina riski anonymiteetin säilymiselle.

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista kokonaisvaltainen tiedon hankinta, jossa on pyrkimyksenä tuoda tutkittavien näkökulma esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 155). Haastatteluun osallistujille ei saa aiheuttaa turhaa kärsimystä tai haittaa (Kylmä & Juvakka 2012, 147). Opinnäytetyön haastattelut saivat hoitajat pohtimaan ja käsittelemään kotihoidossa ilmeneviä eettisiä ongelmia. Haastattelut toivottavasti auttoivat hoitajien työssä jaksamista, kun he saivat kertoa haasteellisiksi kokemistaan asioista. Toisaalta voi olla mahdollista, että haastateltavat kokivat haastattelun stressiä tuottavana tekijänä. Haastattelukysymyksissä en esittänyt johdattelevia tai manipuloivia kysymyksiä. Haastateltavien henkilöllisyyden suojaamiseksi raportista on poistettu kaikki tunnistamiseen liittyvät tiedot kuten ammattitaustat. Vastaajia ei myöskään yksilöity sisällönanalyysissä tai raportoinnissa. Haastattelunauhat tuhosin raportin valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tulokset muodostuivat huolellisen sisällönanalyysin kautta. Analysoinnilla pyrin tuomaan mahdollisimman totuudenmukaisesti esille haastateltavien näkökulman. Palasin haastatteluaineistoon toistuvasti prosessin edetessä. Raportoinnissa on tärkeää huomioida osallistajat, ja miten tulosten esittäminen vaikuttaa heihin. Tämän takia on pohdittava tarkasti, miten paljon haastattelujen sisältöä tuo esille raportoinnissa (Kylmä & Juvakka 2012, 154–155.) Raporttiin valitsin autenttisista lainauksia selittämään saatuja tuloksia. Autenttisia lainauksia en muokannut kuin muuttamalla joitakin muresanoja ymmärrettävimmiksi ja samalla varmistin, että henkilöllisyys ei paljastu lainauksista. Työn eettisyyttä lisää, kun opinnäytetyön raportissa on pyritty tuomaan lukijalle esiin kaikki työssä tehdyt vaiheet yksityiskohtaisesti.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia

Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa on tarkoituksena selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa on tuotettu tutkittavasta ilmiöstä. Arviointi on välttämätöntä tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Luotettavuutta arvioidaan luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Lähdekirjallisuudesta riippuen luotettavuuskriteerit hieman vaihtelevat ja niistä löytyy erilaisia painotuksia. (Kylmä & Juvakka 2012, 127; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 138–139.) Laadullisessa lähestymistavassa täytyy jatkuvasti pohtia tekemiään ratkaisuja sekä niiden tarkoituksenmukaisuutta ja toimivuutta. Raportissa on panostettava rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Sen

on perusteltava, miten on päädytty kuvaamaan tutkittavien kokemuksia juuri niin kuin se on tehty. (Eskola & Suoranta 2000, 208, 234.)

Uskottavuus kuvaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta. Tulosten on vastattava tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tuloksista eri vaiheissa. Lisäksi uskottavuutta lisää, että tekijä on ollut riittävän pitkän ajan tekemisissä ilmiön kanssa. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tässä opinnäytetyössä aika ei riittänyt tutkittavien arvioinnille tulosten luotettavuudesta, minkä voidaan nähdä heikentävän tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyöni luotettavuutta olisi entisestään lisännyt triangulaatio (Kylmä & Juvakka 2012, 128; Eskola & Suoranta 2000, 68), jolloin tutkimusaineistoa olisi kerätty kotihoidon työntekijöiden lisäksi myös asiakkaan näkökulmasta esimerkiksi haastattelun tai havainnoinnin avulla. Kokemattomana opinnäytetyön tekijänä en halunnut yhdistellä eri menetelmiä, koska se olisi vaatinut enemmän perehtyneisyyttä. Tutkimuseettiset kysymykset muistisairaiden näkökulmaa tutkittaessa olisivat olleet myös hyvin haasteelliset.

Vahvistettavuus edellyttää opinnäytetyönprosessin raportointia niin, että lukija voi seurata prosessia pääpiirteissään. Olen raporttia kirjoittaessa hyödyntänyt muistiinpanoja niin haastattelutilanteista kuin analyysivaiheesta. Olen pyrkinyt raportissani tuomaan tarkasti esille, miten olen päätenyt tuloksiin ja johtopäätöksiin tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta on huomioitavaa, että samankaan aineiston perusteella toinen tutkija ei välttämättä päätyisi samaan tulkintaan. Laadullinen tutkimus on kokonaisuutena ainutkertainen ja erilaisten tulkintojen uskotaan lisäävän ymmärrystä kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Refleksiivisyys toteutuu tutkijan arvioidessa omaa vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä lähtökohdat on kuvattava raportissa (Kylmä & Juvakka, 129). Opinnäytetyöntekijän kokemattomuudella tutkimuksen tekemisestä on ollut selvästi vaikutusta työn luotettavuuteen. Aiheen rajaaminen ja koko prosessin kuvaaminen sanalliseen muotoon on ollut haastavaa ja vienyt enemmän aikaa kuin oli tarkoitus. Toisaalta pitkä prosessi on myös lisännyt työn luotettavuutta. Aikaisemman kokemuksen puuttuminen näkyy myös aineiston analysoinnissa ja tulosten pohdinnassa. Haasteelliseksi olen kokenut keskustelukumppanin puuttumisen tehdessäni opinnäytetyötä yksin, jolloin opinnäytetyön tulokset ovat ainoastaan minun tulkintojani tutkittavien kokemusmaailmasta. Toisen

mielipide ja mahdollisuus keskusteluun olisivat tuoneet lisäarvoa opinnäytetyön luotettavuudelle (Kylmä & Juvakka 2012, 128; Tuomi & Sarajärvi 2009, 142), ja lisäksi olisin voinut prosessissa hyödyntää paremmin opinnäytetyön ohjausta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2012, 129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Opinnäytetyö ei ole yleistettävissä, vaikka vastaavanlaisia tuloksia on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksen kohdejoukko on hyvin pieni, mikä vaikuttaa olennaisesti siirrettävyyteen. Aineisto koostuu neljän kotihoidon työntekijän kokemuksista muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta. Opinnäytetyön aineiston riittävyyttä voidaan arvioida saturaatiolla. Saturaatiosta eli aineiston kylläntymisestä puhutaan, kun uudet tapaukset eivät tuota enää uutta tietoa opinnäytetyöhön. (Eskola & Suoranta 2000, 63; Hirsjärvi & Hurme 2004, 60.) Opinnäytetyön aineistossa ei esiintynyt kylläntymistä, mutta aineisto tuntui riittävältä suhteessa opinnäytetyön tehtäviin. Lisäksi on muistettava, että laadullisessa lähestymistavassa jokaisen ihmisen kokemus ilmiöstä on ainutlaatuinen ja tärkeä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 60).

Aineiston keruun luotettavuutta lisää toimiva välineistö ja haastattelurunko. Haastattelurungon toimivuus on hyvä testata etukäteen, että voidaan selvittää miten haastateltavat ymmärtävät kysymykset ja vastaavatko kysymykset opinnäytetyön tehtäviä. Litterointi olisi hyvä tehdä myös mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 184–185.) Jokainen haastattelu toteutettiin eri päivänä rauhallisessa tilassa keskeytyksettä ja litteroin ne heti haastattelun jälkeen. Kotihoidon osastonhoitaja auttoi haastateltavien rekrytoinnissa, mutta haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja haluun osallistua. Haastattelun tarkoituksena oli saada esille hoitajien omia kokemuksia muistisairaahan kohtaamisesta, joten heille ei ollut kerrottu etukäteen kuin aihe, jolloin he eivät voineet valmistella vastauksia etukäteen. Luotettavuuden kannalta ratkaisu oli hyvä, mutta eettisyyden näkökulmasta ratkaisu voidaan nähdä arveluttava.

7.3 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta kotihoidossa sekä selvittää hoitajien valmiuksia kohdata muistisairas kotihoidon asiakkaana. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen kotihoidossa koostui opinnäytetyön tulosten mukaan kunnioittamisesta, luottamuksen rakentamisesta, aidosta läsnäolosta ja

intuiitiivisesta toiminnasta sekä hoidon tavoitteellisuudesta. Hoitajat kohtasivat muistisairaat ensisijaisesti ihmisenä eikä tuloksissa noussut esille Pietilä ym. (2010) mainitsemaa toiseuttamista, jolloin asiakas ohitetaan ja hänen hoitoaan laiminlyödään.

Opinnäytetyön tulokset muistisairaahan kohtaamisesta vastaavat hyvin aikaisempia näkökulmia muistisairaahan kohtaamisen peruseräiteistä esimerkiksi Mönkäre (2013) luetellee muistisairaahan kohtaamiseen kuuluviksi elementeiksi kunnioittamisen, arvostamisen ja luottamuksen. Tässä opinnäytetyössä kuten Parviaisen (2011) ja Topo ym. (2007) tutkimuksessa luottamuksen rakentumista tuki asiakkaan elämänhistorian tunteminen. Aito läsnäolo mainitaan kuuluvaksi muistisairaahan kohtaamiseen niin Martelan (2012) väitöskirjassa kuin logoterapeuttiseen ajatteluun liittyvissä tutkimuksissa. Hoidon tavoitteellisuutta muistisairaahan kohtaamisessa ei aikaisemmissa tutkimuksissa tullut esille.

Kohtaamisen haasteina hoitajat nostivat esille vuorovaikutuksen, asiakkaan käytösoireet, arjen sujumisen, organisatoriset tekijät ja hoitajan jaksamisen. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna kohtaamisen haasteet nähtiin laajempänä kokonaisuutena kuin pelkästään muistisairaahan käytösoireista johtuvina hoitotilanteiden vastustamisena tai aggressiivisuutena. SuPerin (2015) selvityksessä hoitajat kokivat työnsä mielekkäänä, mutta kuormittavana. Opinnäytetyössä tulokset olivat samansuuntaisia. Työ kotihoidossa muistisairaiden parissa koettiin mielekkääksi, mutta haasteelliseksi. Erityisen haastavaksi koettiin tilanteet, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeutta jouduttiin rajaamaan. Hoitajat tiedostivat omasta jaksamisesta huolehtimisen tärkeyden. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajan jaksamisella on yhteyttä esimerkiksi muistisairaahan kohtaamisessa käytettyyn toimintamalliin (Seppänen ym. 2013; Hultqvist 2013; Liukkonen 1990).

Hoitajat käyttivät monipuolisesti erilaisia kohtaamiskeinoja haasteellisissa tilanteissa kuten luovia menetelmiä, validaatiota, turvallisuuden tunteen luomista ja tiimityötä. Validatio kiinnosti erityisesti hoitajia ja useimmat halusivat lisäkoulutusta siihen. Toisaalta kohtaamiskeinona käytettiin myös realiteettiterapiaa, joka on osittain ristiriitainen validatio-menetelmän kanssa. Validaatiossa korostuu iäkkään käyttäytymisen taustalla olevan tunteen ymmärtäminen ja sen sanoiksi pukeminen, kun taas realiteettiterapian tarkoituksena on saada iäkäs orientoitumaan paremmin nykyhetkeen (Sipola 2010).

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat joutuivat käyttämään myös fyysistä rajoittamista esimerkiksi asiakkaan vastustaessa hoitotilannetta. Kovach ym. (2006a) tutkimuksen mukaan kokonaisvaltaisen arvioinnin puuttuminen haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaanhoidossa saattaa johtaa rauhoittavaan lääkitsemiseen ja fyysiseen rajoittamiseen tarpeettomasti. Kokonaisvaltaisen arvioinnin kehittäminen kotihoidossa saattaisi vähentää fyysisten rajoitteiden käyttämistä ja hoitajien kokemaa eettistä kuormaa asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Eloniemi-Sulkava & ja Savikon (2011) mukaan kokonaisvaltaista hoitoa toteuttamalla voidaan parantaa merkittävästi asiakkaiden elämänlaatua. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu erilaisten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Kotihoidon hoitajat kohtaavat muistisairaant asiakkaat ensisijaisesti ihmisinä huomioiden muistisairaudesta aiheuttamat erityispiirteet kohtaamiseen. Hoitajat tunnistavat monipuolisesti erilaisia haasteellisia tilanteita ja pohtivat aktiivisesti kohtaamiskeinojensa eettisyyttä. Auttamiskeinot haasteellisissa tilanteissa ovat pääsääntöisesti monipuolisia ja riippuvaisia hoitajan omasta persoonasta. Kiire ja osaamattomuus saattavat johtaa epätarkoituksenmukaisiin kohtaamiskeinoihin etenkin haasteellisissa tilanteissa. Tulosten perusteella hoitajat tarvitsevat enemmän tukea haastavien tilanteiden eettisten ongelmien ratkaisuun. Hoitajat uskoivat esimerkiksi hyötyvänsä lisäkoulutuksesta ja työnohjauksesta, vaikka he kokivat valmiutensa kohdata muistisairas jo entuudestaan hyväksi.

Muistisairaahan kohtaaminen on laaja aihealue, josta löytyy kirjallisuutta ja teorian tietoa etenkin laitoshoidosta hoitajien näkökulmasta. Kotihoitoon sovellettua tutkittua tietoa ei ole kovin paljon, joten laajemmalle tutkimukselle olisi tarvetta. Muistisairaahan ihmisen näkökulmaa voitaisiin tutkia havainnoimalla kotihoidon arkea osana laadullista tai määrällistä tutkimusta. Laajempi tutkimus eri kotihoidon yksiköissä antaisi tietoa yksikkökohtaisista eroista. Toisaalta myös interventiotutkimukselle saattaisi olla tarvetta, missä pyritäisiin kehittämään hoitajien keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas kokonaisvaltaisen arvioinnin avulla.

LÄHTEET

- Buber M. 1993. Minä ja Sinä. Suom. Pietilä, J. Helsinki:WSOY. Alkuperäisteos 1923.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2013. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen ja vaikuttavat vaikuttavat hoitokäytännöt. Mitä tutkimukset osoittavat? Powerpoint-esitys. Helsinki: Stadia.
- Eloniemi-Sulkava, U., Rahkonen, T., Erkinjuntti, T., Karhu, K., Pitkälä, K., Pirttilä, T., Vuori, U. & Suhonen, J. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Suomen Lääkärilehti 39/2010 vsk 65, 3144–3146.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2010. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 232–246.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementiaapalvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 9-14.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: hoidon haaste. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1.-2. painos. Helsinki: Edita, 117–129.
- Eloranta, S. 2013. Parasta mitä voimme toiselle ihmiselle antaa on aito kohtaaminen. Memo – Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti 2/2013. Lehtiarkisto. Luettu 25.3.2015. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=lehtiarkisto>
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. University of Turku. Department of Nursing Science. Annales Universitatis Turkuensis. Sarja-Ser D Medica-Odontologica Osa-Tom 869.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P. & Partanen, S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen Lääkärilehti 50–54/2014, vsk 69, 3467–3473
- Haapaniemi, H. 2010. Muistisairaahan kohtaaminen vaatii ammattitaitoa. Sairaanhoitajalehti 9/2010, vol. 83, 6–9.
- Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Artikkelin on julkaistu alun perin Sairaanhoitaja-lehdessä 8/2009. Luettu 25.3.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/>
- Heimonen, S. 2010. Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1.painos. Helsinki: Edita, 60-89.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 2/2005, 145–154.
- JIK ky 2011. Kotihoidon sisältö ja kriteerit. JIK-peuspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Luettu 22.1.2015. https://www.jikky.fi/files/400/JIK-kotihoidon_kriteerit.pdf
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu 20.11.2013 <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1800855>
- Kitwood, T. 1997. *Dementia Reconsidered: The Person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa: Kautto, M. (toim.) *Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki.
- Kovach, C., Kelber, S., Simpson, M. & Wells, T. 2006a. Behaviors of Nursing Home Residents with Dementia. Examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing*. 6/2006, 13–21.
- Kovach, C., Noonan, P., Schlidt, A., Reynolds, S. & Wells, T. 2006b. The Serial Trial Intervention. *Journal of Gerontological Nursing* 4/2006, 18–25.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laine, M. 2012. Elämä on elämistä varten – logoterapeuttinen ajattelutapa muistisairaahan ihmisen hoidossa. *Vanhustenhuollon uudet tuulet* 2/2012, 16–17.
- Laine, M. & Heimonen, S. 2013. *Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaahan ihmisen hoidossa*. 3.painos. Oriveden hoivapalveluyhdistys ry.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980
- Liukkonen, A. 1990. *Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa*. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Martela, F. 2012. *Caring Connections - Compassionate Mutuality in the Organizational Life of a Nursing Home*. Aalto-Yliopisto. Tuotantotalouden laitos. Soveltava filosofia ja organisaatiotutkimus. Väitöskirja.

- Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus Oy
- Muistiliitto 2013. Muistisairaahan kohtaaminen. Helsinki: Muistiliitto ry. Luettu 1.3.2015. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-kohtaaminen/>
- Mönkäre, R. 2013. Muistisairaahan kohtaamisen peruseräaatteita. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Pitkäaikaissairaudet -tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 25.3.2015. www.terveysportti.fi
- Niemelä, A-L. & Iso-Aho, M. 2009. Muistisairauksien hoito – kotihoidon uusin haaste. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus Oy, 165–199.
- Parviainen, S. 2011. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen mahdollistuminen: hyvään vanhenemiseen liittyvien tekijöiden tunnistaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.
- Pietilä, M., Heimonen, S-L., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisista vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Gerontologia 3/2010, 261–266.
- Pursiainen, H. & Seppälä, T. 2013. Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. Tutkimukset 173. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän demen-toituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia 4/2010, 323–334.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23/2011, 45–56.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1.painos. Helsinki: Edita.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1.painos. Helsinki: Edita, 33–58.
- Seppänen, K., Saarnio, R., Suhonen, M. & Isola, A. 2013. Käsitteitä Liukoksen hoitotyön mallien toteutumisesta muistisairaiden hoitotyössä. Gerontologia 3/2013, 288-304.
- Sipola, S. 2010. Validaatio tunteiden kuuntelu. Tampereen kaupunkilähetys.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 76–85.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

SuPer 2015. ”Asiakkaat ovat ihmisiä – eivät prosentteja” Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä. Asiantuntija Sari Erkkilä. Helsinki: SuPer ry, kehittämissyksikkö.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013 Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, E, Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 454–465.

Toljamo, M. & Koponen, E. 2011. Muistisairaahan ihmisen kotona asumisen tukeminen. Opas toimeenpanijoille. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 162. Helsinki: Stakes.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Vaarama, M. 2013. Ihmisarvoinen vanhuus. Saamelaisen vanhustyön kehittämispäivät. Powerpoint-esitys. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/

Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Munkkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys –projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama, M. Moisio, S. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 150–166.

Vaarama, M. & Ylönen, L. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoon kaupunki & Stakes.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 91–99.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 28–36.

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystoimissa 2009. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tulostettu: 15.4.2014.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/>

WHO. 2012. The report: Dementia: a public health priority. World Health Organization ja Alzheimer's Disease International. Tulostettu 20.11.2013.

http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en

Zingmark, K., Sandman, P.O. & Norberg, A. 2002. Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. Journal of Advanced Nursing 38, 50-58.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko ja apukysymykset

1. Muistisairaahan kohtaaminen kotihoidossa

- Miten usein kohtaat kotihoidossa muistisairaita?
- Kerro tilanteesta, kun menet muistisairaahan luo kotikäynnille.
 - o Millaisia kokemuksia sinulla on muistisairaahan kohtaamisesta?
 - o Millaisia tunteita muistisairaahan kohtaaminen on herättänyt?
 - o Miten muistisairaahan kohtaaminen eroaa muiden asiakkaiden kohtaamisesta?
 - o Mikä mielestä muistisairaahan kohtaamisessa on tärkeää?

2. Haasteet muistisairaahan kohtaamisessa

- Millaisia haasteita muistisairaahan kohtaamisessa on?
 - o Minkä koet erityisen haastavaksi?
- Miten toimit haastavassa tilanteessa?
 - o Millaisia konkreettisia keinoja käytät apuna?

3. Hoitajan valmiudet ja niiden kehittäminen

- Millaisena koet valmiutesi kohdata muistisairas?
- Miten valmiuksiasi kohdata muistisairas voisi kehittää?
- Mikä on lisännyt valmiuksiasi kohdata muistisairas?